

여고생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구

홍 외 현 (계명대학교 간호대학 간호과학연구소)
 김 정 남 (계명대학교 간호대학)
 박 영 속 (계명대학교 간호대학)

목 차

| | |
|-----------|------------|
| I. 서론 | V. 결론 및 제언 |
| II. 문헌고찰 | 참고문헌 |
| III. 연구방법 | 영문초록 |
| IV. 연구결과 | |

I. 서론

1. 연구의 필요성

20세기에 들어와 과학의 발달과 교육수준의 향상은 질병과 건강에 대한 인식의 변화를 가져오게 되어, 양적인 치료위주의 개념으로부터 건강유지, 증진을 위한 질적인 개념으로 전환되고 있다. 이에 따라 건강증진의 중요성을 새롭게 인식하게 되었으며, 21세기를 향한 미래의 건강관리도 건강증진에 초점을 두게 되리라 본다(Pender, 1996).

이러한 맥락에서 오늘날 간호는 대상자의 치료 중심의 간호에서 벗어나 건강간호에 초점을 두고 있으며 (Meleis, 1989), 간호의 목표는 대상자의 건강수준과 안녕을 증가시키고 삶의 질을 개선하는데 있고 (Bestard & Courtenay, 1990), 현재 전문직 간호 실무의 목적 또한 건강증진에 두고 있는 것이다 (Smith, 1992).

건강관리 전문직인 간호는 최근 여성건강이란 주제에 관심을 가지면서 여성들을 도울 수 있는 실제적인 방

법들을 모색하기 위하여 다양한 연구들이 진행되고 있다(신혜숙, 1996; 이경혜, 1995; 장순복, 탁영란, 1996; 최의순, 1996; 하영수, 1994).

건강증진 생활양식은 안녕수준, 자아실현 및 자기성취를 유지, 증진시키기 위한 접근행위로 평균 수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키는 행위이다(Brubaker, 1983; Pender & Pender, 1987).

이러한 건강행위와 관련된 생활양식은 공식, 비공식 학습에 의해 이루어지며, 인생의 초기에 학습된 건강 관련 행위는 청소년기에 강화되어 그것이 성인기까지 지속되므로(Gillis, 1995) 건강습관이 확고히 형성되지 않은 청소년기에 접해 있는 여고생들의 건강행위는 수정가능성이 크고, 이들의 건강습관은 성인기의 건강행위 뿐만 아니라 미래의 부모로서 가정과 자녀의 건강실천에 중요한 영향을 미치기 때문에(이미라, 1997; Yarcheski & Machon, 1989), 여고생들의 건강증진 생활양식에 관한 연구는 매우 중요하다고 할 수 있다.

현재 우리의 교육과정에서는 치열한 대학 입시경쟁으로 인하여 학업위주의 교육이 대부분이고 고등학생들

의 건강유지 및 향상과 관련된 건강증진행위를 적극적으로 실시하지 못하는 형편이다. 상당수의 학생들은 불규칙하게 식사를 하거나, 시험준비를 위해 각성제를 복용하는 등 건강의 가치를 망각하거나 중시하지 않는 경향이 있으며, 고등학교 학생들의 90%가 스트레스로 인해 한가지 이상의 적응곤란증을 호소하고 있다(김광일 등 1983).

이는 청소년층이 가장 최적의 건강을 유지하는 연령층이라는 전통적인 인식이 위협받고 있다는 지적(Millstein et al., 1992)과 일치한다.

이미 많은 연구자에 의해 성인과 노년층의 건강증진 생활양식의 관련 요인에 관한 연구(Duffy, 1993 ; Pender et al., 1990 ; Riffle et al., 1989)를 하였으나, 고등학생을 대상으로 한 연구는 대부분이 흡연, 음주, 약물사용 등에 초점을 두고 연구되어 왔으며, 특히 미래의 국가 건강을 나타내는 여고생들의 건강증진에 관한 연구는 매우 미흡한 실정이다. 최근 고등학생들에 대한 사회적 관심의 증가와 함께 청소년기는 건강증진의 목표집단이 되고 있다(박인숙 등, 1997).

이에 본 연구는 21세기의 국가 건강을 나타내게 될 우리 여고생들의 건강증진 생활양식을 파악하고 관련된 요인을 규명하여, 이들의 건강증진 생활양식을 바람직하게 개선하는데 도움을 주고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구는 우리나라 일부 여고생들의 건강증진 생활양식과 이에 관련된 요인을 규명함으로써 건강증진 생활양식을 높일 수 있는 간호계획을 수립하고 더 나아가 체계적이고 효과적인 건강증진 프로그램을 개발하는데 유용한 기초자료를 제공하기 위함이다.

이에 따른 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 여고생의 건강증진 생활양식을 파악한다.
- 2) 여고생의 건강증진 생활양식과 관련된 조정요인 및 인지-지각요인을 파악한다.
- 3) 여고생의 건강증진 생활양식에 대한 주요 예측 요인을 파악한다.

3. 연구의 개념틀

Pender(1987)의 건강증진 모형은 사회인지 이론에 기초하여 여러 건강관련행위의 연구결과와 건강행위 이론(건강신념 모형, 이성적 행위이론, 자기 효능이론)에서 개념을 도출하여 종합한 포괄적인 모형으로서 본 연구의 개념적 기틀을 제공해 준다.

Pender의 건강증진 모형이 제시하는 건강증진 생활양식의 결정요인은 인지-지각요인, 조정요인, 건강증진행위의 가능성을 촉진하는 행동의 계기등으로 구분되었다.

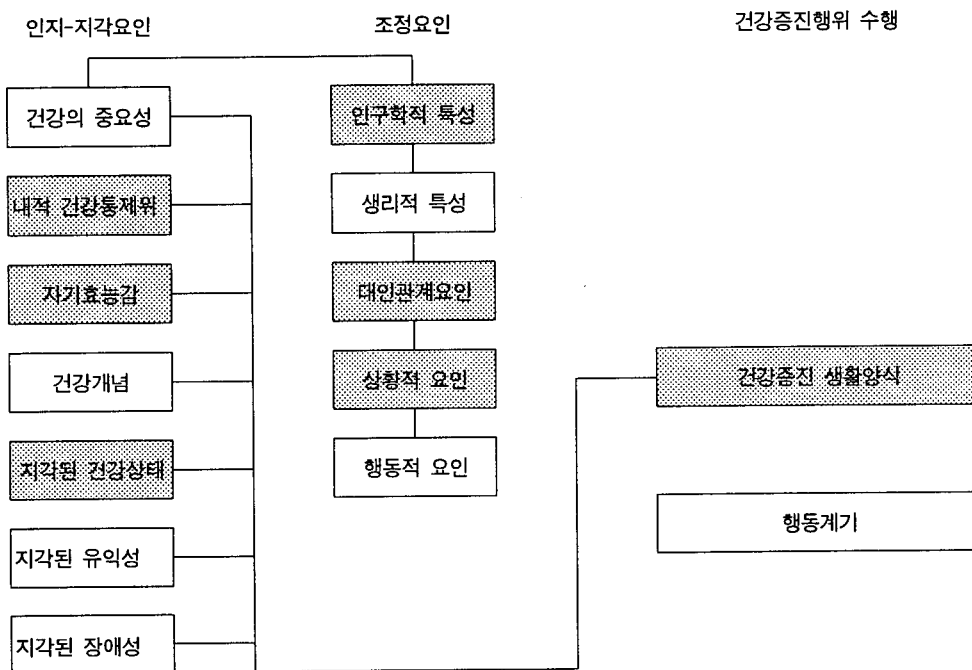
인지 지각요인은 건강증진 생활양식의 동기 기전으로서 건강증진 생활양식을 습득하고 수행하는데 직접적인 영향을 주며, 건강증진 생활양식을 증진시키기 위한 간호중재에 중요한 요인이 된다.

조정요인에는 인구학적 특성(연령, 성별, 교육, 인종, 수입), 생물학적 특성(체중 등), 대인관계 요인(중요한 사람의 기대 및 가족의 건강관리 형태, 건강전문인과의 상호작용), 상황적 요인(건강증진 생활양식을 촉진하는 환경), 행동의 요인(이전의 경험, 인지적, 정신 운동적 기술, 이전에 획득한 지식, 기술) 등이 있다. 이 요인들은 인지-지각요인에 영향을 주어 간접적으로 건강증진 생활양식에 영향을 주는 것으로 제시되어 있다.

건강증진 생활양식에 영향을 주는 행동의 계기에는 대중매체, 남과의 대화, 충고, 증진된 안녕감, 자신이 성장했다는 확신등이 있으며 이러한 계기가 주어질 때 비로서 건강증진을 향한 생활양식을 수행한다.

따라서 본 연구에서는 건강증진 모형의 인지 요인중에서 건강 통제위중 내적 건강통제위만을 사용하였는데 이는 Speak 등(1989)의 연구에서 내적 및 우연 건강통제위가 각각 5.8%, 3.6%로 건강증진 생활양식을 설명한다고 하였고, Duff(1988)도 여성에서 내적 및 우연 건강통제위에 의한 건강증진 생활양식 설명력이 각각 1%, 13%로 보고하고 있으며, Hallal(1982)의 연구에서도 내적 건강통제위를 가진 대상자들이 유방암 예방을 위한 자가 검진을 받는 횟수가 다 많았고 타인 의존통제위와는 역상관관계를 보였다. 대부분의 선행연구에서도 내적 건강통제위에 의해 더 많은 건강증진 생활양식을 설명하고 있다(박미영, 1993; 이영취, 1988; 이태화, 1990; Hallal, 1982; Wallston et

〈그림 1〉 Pender의 건강증진 모형 - 음영부분은 본 연구에서 측정되는 요인



al., 1976; Weitzel, 1989).

자기효능감은 건강증진 생활양식과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났으며, 자기효능 이론이 적용된 논문을 분석한 연구(구미옥 외, 1994)에서도 건강증진 모형의 인지 지각요인 중에서 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 매우 중요한 요인으므로 계속 확인할 필요성을 제시하고 있다. 지각된 건강상태는 개인의 인지적 틀 내에서 수많은 건강측면이 주관적, 객관적으로 결합되어 나타난 요약적 진술로서 건강증진을 위한 행동의 동기 및 빈도, 강도의 양상을 설명할 수 있다고 판단되어 본 연구에 포함시켰다.

Pender의 모형은 종합적이고 포괄적인 모형으로 복잡한 인간생활의 일부인 건강증진 생활양식을 예측하기에 적합한 모형이지만 모형전체를 검증하는 것은 제한적이고 모형의 부분적 검증으로 모형을 발전시켜야 한다고 하였다(Johnson et al., 1993). 인지-지각요인으로는 선행연구를 참고한 후에 건강증진 생활양식에 영향력이 컸던 자기효능감, 지각된 건강상태, 내적 건강통제위를 선택하였고 조정요인으로는 인구학

적 특성과 대인관계요인(사회적지지), 상황적 요인을 변수로 정하였다. 따라서 본 연구의 개념들은 다음과 같이 설정되었다(그림1).

II. 문헌고찰

1. 여고생의 건강과 건강문제

고등학생을 포함한 청소년기는 독립성이 증가하여 자아 정체성이 개발되는 시기이며 이 발달단계동안 건강을 강화하거나 건강을 위협할 수 있는 건강에 대한 중요한 태도가 발달된다(Barnett, 1989).

청소년기에 속하는 여고생은 발달과정상 급격한 신체적, 정서적, 인지적, 사회적 변화를 겪는 시기이고 건강증진 생활양식과 관련된 태도와 행위의 발달에 중요한 시기이며(Healthy People 2000, 1995) 자신의 정체감을 형성하고 사회의 한 구성원이 되기 위해서 역할을 탐색하고 준비하는 시기이다.

급변하는 현대사회에서 구성원 모두가 많은 스트레스

를 경험하는 상황에 놓여 있지만 특히 여고생들은 공부, 성적, 휴식불안과 기존 사회질서와 규범의 붕괴, 가치관의 혼돈, 학교생활에서 부딪히는 과중한 성취압력, 맹목적인 부모의 기대와 요구, 비인간적이 인간관계 등 여러 가지 사회 심리적 압력 때문에 다른 어떤 집단보다 심각한 스트레스를 경험하고 있다(고희숙, 1997).

청소년의 건강요구에 대한 연구(Brunswick & Josephson, 1972)에서도 청소년이 지각하고 있는 주요 건강문제는 약물남용, 흡연, 음주, 비위생적인 생활 환경이라고 보고했으며, 특히 흡연행위의 관련변수로서 건강신념(Bush & Iannotti, 1990), 건강통제위(Clinton, 1991), 의지(Gerber, et al., 1988)를 강조했다. 학생의 건강행위, 신념, 가치 및 보건의료 이용에 미치는 영향에 관한 연구(정연강, 1992)에서는 건강신념, 건강가치, 건강통제위, 보건의료의 가치, 건강행위, 의료이용간에 유의한 상관관계가 있으며 학생의 건강행위에 영향을 주는 요인은 가족의 형태와 거주지역 및 학교수준이었다고 보고했다.

권수진(1995)은 청소년의 건강행위와 사회적 요인의 관련성을 보고했으며, 한편으로는 건강행위 관련변수로서 자아개념(김수연, 1985) 및 의사결정능력을 강조(Hammes & Duryea, 1986)하기도 했다.

건강행위는 질병의 발병, 장수와 관련이 있고 장기간의 건강행위는 쉽게 건강습관이 되어질 수 있고 고정된 건강습관의 변화와 유도에는 저항이 따르므로 가능한 한 성인병의 이환률이 낮은 성인초기 즉 청년기에 바람직하지 못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것이 중요하다(김애경, 1994).

청소년의 경우 신체뿐만 아니라 사회 심리적으로 그 변화가 어느 시기보다 급격하여 그 변화를 받아들이는 반응 또한 다양하기 때문에(민선임, 1984) 이 시기의 청소년들의 건강행위를 이해하기 위해서는 지금까지의 치료나 예방위주의 건강행위에 있어서 나타난 각 개인의 수동적이고 타인에 의한 의존적인 태도를 탈피하여, 청소년의 건강에 관련된 연구를 질병-예방적 모델에서 건강증진 모델로 옮겨 연구하기를 제시하고 있다(Perry & Jessor 1985).

이와 같이 청소년기인 여고생들은 성장과 발달상의 위기뿐만 아니라 건강상의 위기를 맞이하게 되므로

이들의 건강관리 문제는 매우 중요하다고 본다.

2. 건강증진 생활양식

건강증진에 대한 연구는 최근 20여년 동안에 점점 성장하여 왔다. 1974년 The Lalonde 보고서가 발표되면서 인간, 환경, 생활양식, 건강 조직기구의 4가지 개념이 건강결정 요인으로 확인되었다. 이 중 생활양식의 개선은 사망률과 질병률에 영향을 미치는 가장 큰 잠재요인으로 인정되고 있다(Neil & Philip, 1989).

1970년대는 단일 건강행위의 연구에서 건강습관, 예방적 건강행위가 동시대에 연구되면서 보다 건강증진적 행위에 가까운 건강보호 행위가 연구되기 시작되었고(박인숙, 1995) 1980년대에 들어와서는 초기에는 긍정적 건강 관행이, 후기에는 건강증진 행위 및 생활양식에 관한 연구가 시도되었다.

긍정적 건강행위(Positive health behavior)에 관한 측정이 Mechanic과 Cleary(1980)의 연구 이후로 많이 이루어졌으며, 건강증진 생활양식에 관한 연구에서 중요한 위치를 차지한 건강증진모형이 Pender 등(1987)에 의해 연구되어 건강증진 생활양식 측정도구(Health-Promoting Lifestyle Profile: HPLP)가 개발되었다.

건강증진 생활양식은 개인이나 집단이 최적의 안녕상태를 이루고, 자아실현 및 개인적 욕구충족을 유지, 증진하려는 행위로서(Pender & Pender, 1987) 질병 예방 이상을 의미하며(Smith, 1992), 균형과 안정성을 지키고(Johnson, 1980; Neuman, 1982), 최적의 기능상태로 만들며(King, 1981; Orem, 1985), 조화를 증진시키며(Watson, 1985), 적응을 강화시키고(Roy, 1984), 안녕을 극대화하고(Roger, 1980), 의식을 확대시키는 것(Newman, 1982) 등을 포함하여 왔다.

변영순과 장희정(1992)은 개념분석을 통해 건강증진은 첫째, 안녕지향성, 둘째, 능력강화 또는 힘을 갖는 것, 셋째, 개별적인 주관성, 넷째, 삶의 양식의 변화와 행동수정을 통한 변화성, 다섯째, 개인뿐 아니라 사회 및 환경의 변화를 통한 확장성의 속성을 나타낸다고 하였다.

O'Donnell(1986)은 "건강증진은 사람들이 적절한

건강상태로 나아갈 수 있도록 그들의 생활양식을 변화하도록 돕는 과학이며 예술이다"라고 했고, Nelson & Simmon(1983)은 건강증진을 "건강을 개선시키거나 보호할 수 있는 행동이나 환경적 적응을 촉진시키기 위해 고안된 것으로서 건강교육과 그에 관계된 조직적, 정치적, 경제적 시행의 어떤 조합이다"라고 하였다.

건강증진 생활양식의 구성요소로 Travis(1977)는 영양, 자기책임, 신체적 자각 및 스트레스 조절로 보았고, Ardell(1986)은 자기반응, 영양, 체력 및 환경에 대한 민감성으로 보았으며 Walker, Sechrist와 Pender(1987)는 건강책임, 영양, 운동, 스트레스 조절, 대인관계 및 자아실현으로 보았다. Walker 등(1987)은 이러한 개별 건강증진 행위들을 총체적으로 건강증진 생활양식이라고 명명하였다.

건강증진 생활양식에 대한 여러 가지 정의와 관념을 종합해 보면, 건강증진은 개인의 습관과 환경의 변화를 추구하는 과정을 통해 고도의 안녕감에 도달하고자 하는 적극적인 건강관리를 의미하고, 생활양식은 삶을 살아가는 관습이며 방법이라고 할 수 있다.

3. 건강증진 생활양식과 관련된 요인

1) 조정요인

Pender의 건강증진 모형에서 조정요인은 인지 지각 요인에 영향을 주어 간접적으로 건강증진 생활양식에 영향을 주는 것으로 제시되어 있다. 조정요인에는 인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인관계요인, 상황적 요인 및 행동적 계기 등이 있다.

건강증진 관련 행위의 연구에서 인구학적 요인을 살펴 보면 다음과 같다. 일반적으로 여성, 연령이 더 많은 사람, 고학력층이 많은 건강증진 행위 및 더욱 건강한 생활양식을 이행함을 보고하는 많은 연구결과가 있다(Broen, McCreedy, 1986; Muhlenkamp et al., 1985; Muhlenkamp & Sayles, 1986; Muhlenkamp & Broerman, 1988; Walker et al., 1988; Pender et al., 1990; Kuster & Fong, 1993). 또한 교육, 수입, 직업과 같은 사회경제적 상태도 건강증진 생활양식과 모두 관계가 있다고 보고하고 있다(Brown et al., 1983; Duffy, 1988; Krick & Sobal, 1990; Pender, 1987; Riffle, 1989; Rokowsk, 1987).

Walker 등(1988)은 452명을 청년층, 중년층, 노년층으로 구분하여 이들의 건강증진 생활양식과 인구학적 특성과의 관계를 조사한 결과, 고연령이 가장 설명력이 높은 변수였고, 성별, 교육 및 수입에서 유의한 차이가 나타나 인구학적 변수가 건강증진 생활양식을 13.4% 설명한다고 보고하였다.

13-23세의 청소년을 대상으로 연구한 결과에서는 연령이 건강증진 생활양식에 간접적인 영향을 미친다고 보고하였고(O, Malley & Bachman, 1983), Adeala와 Yarche(1989)도 청소년에 있어서 연령과 교육과 건강행위 사이에는 높은 상관관계($r = .87, p < .0001$)가 있음을 밝혔다.

Wilson과 Elinson(1981)은 여성이 남성에 비해, 그리고 사회경제적 상태가 높은 사람이 낮은 사람에 비해 건강증진 생활양식 수행정도가 높게 나타났다고 보고하였다. 특히 여성의 경우 남성과 달리 연령과 경제상태, 교육수준, 직업상태 등이 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다(Gottlieb & Green, 1984)

건강증진 생활양식의 조정요인 중 대인관계 요인은 실제 연구에서 사회적 지지개념으로 측정되어 실증적인 지지를 받았다(Palank, 1991). 사회적 지지(대인관계 요인)는 다차원적 개념으로 사회적 지지 체계와의 상호작용을 통한 정서적, 정보적, 물질적, 평가적 지지의 속성을 포함하고 있어(박지원, 1985), 건강행위의 실천과 스트레스의 완충효과 등 건강상태에 긍정적인 영향을 주는 것으로 제시되고 있다(Sarason & Sarason, 1982).

국내의 박소영(1997)과 노태영(1997)의 연구에서도 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로 조정요인인 가족기능과 사회적 지지가 가장 영향을 크게 미치는 요인으로 나타났다.

선행연구에서 사회적 지지(Gottlieb & Green, 1984; Hubbard et al., 1984; Riffle et al., 1989; Yarcheski & Mahon, 1989; Zimmerman & Connor, 1989)가 건강증진 생활양식에 주된 영향을 주는 요인으로 나타났다.

MuhlenKamp 와 Sayles(1986)는 성인을 대상으로 자아존중감, 사회적 지지와 긍정적 건강관행 사이의 관련성을 규명하기 위한 연구를 하였는데 이 연구에서

자아존중감 및 사회적 지지는 모두 건강증진 생활양식의 긍정적 지표임을 제시하였다.

Cassel(1976), Cobb(1976), Kaplan(1977)은 사회적 지지가 건강상태에 직접적으로 긍정적 효과를 주며 사람의 신체적, 정신적, 건강에 심리적, 신체적, 스트레스의 효과를 증대하는 역할을 한다라고 보고했다.

사춘기는 스트레스가 높아지는 시기로 사회적 지지가 중요하게 요구되는 때이다. Cauce 등(1992)은 중학생을 대상으로 건강통제위, 사회적 지지와 심리적 적응 사이의 관계를 조사했을 때 사회적 지지는 신체능력과의 실제적인 관계가 있음을 제시했고, 청소년을 대상으로 한 건강증진 생활양식 연구에서 사회적 지지는 가장 강력한 영향 요인으로 나타났다(Adela, 1989).

따라서 사회적 지지는 다양한 환경에서의 적응을 돕고 촉진하는 역할뿐만 아니라 일상적인 상황에서도 바람직하지 않은 스트레스의 발생 가능성을 줄이고 건강증진 생활양식을 수행하는데도 기여한다고 할 수 있다.

2) 인지 지각요인

인지지각 요인은 건강증진 생활양식에 가장 우선적인 동기기전으로 작용하여 건강증진 생활양식을 습득하고 수행하는데 직접적인 영향을 준다. 이들 인지 지각 요인들은 변화 가능한 것으로 건강증진 생활양식을 증진시키기 위한 간호중재에 중요한 요인이 된다.

자기효능은 특정상황에서 특정행위를 수행하는 능력에 대한 개인적 신념으로서, 이는 상황적 요인에 의해 거의 변화하지 않는 성격특성과는 완전히 구분된다(Strecher et al., 1986). 자기효능은 자신의 직접적인 성취경험과 대리경험, 언어적인 설득과 생리적 상태에 대한 정보에 의해 결정된다. 자신의 성취경험은 자기효능 판단의 가장 영향력있는 결정인자이다.

지각된 자기-효능감은 새로운 행위의 획득, 하던 행위의 중단, 중단한 행위의 재개에 영향을 줄 수 있다.

자기효능감과 건강증진 생활양식과의 관계를 연구한 사례는 다음과 같다. Weizel(1989)은 사무직 근로자를 대상으로 한 연구에서 가장 상관관계가 높은 요인으로 자기효능감($r=.33$, $p<.001$)이었고, 오현수(1993)의 관절염 환자를 대상으로 한 연구에서 자기

효능감이 건강증진행위에 가장 중요한 영향을 주는 요인이었으며, 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구와 간호사를 대상으로 한 노태영(1997)의 예에서도 자기효능감이 건강증진 생활양식에 유의한 영향을 주는 변수였다.

Barnett(1989)의 초기, 중기, 후기 청소년을 대상으로 한 연구와 Gillis(1994)의 중학교 1학년에서 고등학교 3학년 사이의 여학생을 대상으로 한 건강증진 생활양식과 관련 요인을 분석한 연구 결과에서 자기효능감이 가장 큰 설명력을 가진 요인으로 나타났다.

위와 같은 연구결과는 자기효능감이 건강증진 생활양식과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다. 자기효능이론이 적용된 논문 중 건강행위 관련 연구 39편을 분석한 연구(구미옥 외 1994)에서 자기효능감은 건강증진 모형의 인지 지각요인 중에서 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 매우 중요한 요인이므로 계속 확인 연구할 필요성을 제시하고 있다.

건강상태에 대한 개인적인 지각과 건강증진 생활양식의 관계는 여러 선행연구에서 유의한 결과를 보이고 있다.

Hanner(1986), Duffy(1988), Weitzel(1989), Pender 등(1990)의 연구에서도 지각된 건강상태가 건강증진 생활양식에 긍정적인 상관관계가 있음을 보고하였으며, 고등학생의 건강행위 결정요소를 위한 연구에서도 지각된 건강상태가 고등학생의 건강증진을 위한 중요 요인으로 나타났다(소희영, 이영란, 손식영, 1997).

강귀애(1991), 기경숙(1985), 김수연(1986), 임선옥과 홍은영(1995)은 각각 초등학생, 중학생, 고등학생, 대학생들을 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태가 좋을수록 건강증진 생활양식이 높은 것으로 나타났다.

박미영(1993)의 대학생을 대상으로 한 연구에서는 건강상태 지각이 가장 설명력이 있는 요인으로 나타났으며, 초등학생과 중학생을 대상으로 한 Mechanic과 Cleary(1980)의 연구와 청소년을 대상으로 한 박인숙 등(1997)의 연구에서도 지각된 건강상태에 따라서 건강증진 생활양식과 관련이 있다는 것을 확인하였다.

즉, 자신의 건강이 좋다고 생각하는 인식은 건강증진 생활양식과 건강증진 프로그램에의 참여의지, 개개인

의 행동과 밀접한 상호관련성이 있으며(Palank, 1991), 건강증진 생활양식을 수행하는 빈도 및 강도와도 관련이 있다(Pender, 1987).

이상의 결과와 같이 지각된 건강상태는 대상자의 실제적인 건강상태를 반영하는 지표로서 그 타당성이 인정되고, 건강증진 생활양식을 예측하는 요인으로 계속 연구할 필요가 있으며, 건강에 관련된 인간의 행위가 개인이 보유한 지식의 정도에 의해서가 아니라 오히려 스스로 느끼고 자가 평가한 건강과 관련이 있는 것으로 검증되고 있다.

건강과 관련된 행위를 설명하고 예측할 수 있는 건강통제위는 Wallston & Wallston(1978)이 통제위를 건강영역에 고안한 개념으로서 내적 건강통제위와 타인의존 건강통제위, 우연 건강통제위 등으로 구분된다.

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로서 내적 건강통제위에 대한 연구는 다음과 같다.

보호적 건강행위(Protective health behavior)에 대한 초기 연구는 내적 통제위와 흡연절제, 안전벨트 사용, 예방접종, 산아제한, 체중조절과 같은 행위 사이에 강한 관련성이 있음을 규명하였다(Kaplan & Coweles, 1978; Langlie, 1977; Lau, 1982; Wallston et al, 1976; Williams, 1973)

Hallal(1982)의 연구에서 내적 건강통제위를 가진 대상자들이 유방암 예방을 위해 유방 자가검진을 받는 횟수가 더 많았고, 내적 건강통제위 대상자가 건강증진 생활양식에 참여할 가능성이 높다는 결과는 Duffy(1988)의 연구에서도 나타났다.

신혜숙(1998)의 여대생을 대상으로 한 연구에서도 내적 건강통제위가 건강증진행위와 유의한 상관관계가 있었다.

Pender(1990)는 직장인들을 대상으로 실시 한 연구에서 내적 건강통제위의 소유자가 다른 통제위 대상자보다 더 많은 건강증진 생활양식을 이행한다고 하였고, 박재순(1995)은 중년후기여성의 건강증진행위의 모형 구축에 관한 연구에서 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 준 예측 요인으로 건강통제위 중 내적통제위만을 고려하여 연구하기도 하였다.

이상의 연구결과들을 볼 때 내적 건강통제위는 건강증진 생활양식을 설명하는 하나의 요인이라 할 수 있겠다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 일부 고등학생들의 건강증진 생활양식의 실천정도를 파악하고 이와 관련된 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구의 대상자는 대구광역시 소재 고등학교 2학년 여학생으로 인문계 고등학생 156명과 실업계 고등학생 88명으로 총 255명을 대상으로 하였다.

자료수집방법은 인문계·실업계 고등학교의 비율을 고려하여 대구시를 인문계는 세 개 영역으로 나누어 3개교, 실업계는 두 개 영역으로 구분하여 각 영역별로 각 1개교, 모두 5개 고등학교를 임의표출하였다.

본 연구의 자료수집기간은 1998년 8월 24일부터 1998년 9월 4일까지였으며 연구자가 각 학교를 방문하여 학교장과 담임교사에게 연구의 내용과 취지를 설명하고 협조를 구한 후 학급에 들어가 설문지를 직접 배부하였다. 설문지를 작성하는데 소요되는 시간은 20-30분이었다. 배포된 설문지 260부 중 255부가 회수되었고 그 중 기제가 미비하여 자료처리가 불가능한 설문지 5부를 제외한 255부가 분석의 대상이 되었다.

3. 연구도구

본 연구에서 사용된 도구들은 구조화된 설문지를 사용하였고 건강증진 모형 연구에서 주로 사용되고 있는 도구로서 건강증진 생활양식 27문항, 지각된 건강상태 1문항, 자기효능감 17문항, 내적 건강통제위 6문항과 대상자의 인구학적 특성 7문항, 상황적 특성 3문항, 사회적 지지 17문항으로 총 88문항으로 구성되었다.

1) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식 측정도구는 Walker등 (1987)가 개발한 건강증진 생활양식 척도 "The Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP) 48문항 도구를 김일녀 (1996)가 청소년에 적합하게 27문항으로 수정하여

Factor Analysis 방법으로 확인한 후 이용한 도구를 사용하였다. 이 도구의 하부 영역은 자아실현 4문항, 건강책임 7문항, 운동 3문항, 영양 4문항, 대인관계 6문항, 스트레스 관리 3문항으로 구성되어 있다.

김일녀(1996)의 연구에서 보고된 도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .81 이었으며, 본 연구에서는 .82 였다.

배점기준은 4점 척도를 사용하여 점수가 높을수록 건강증진 생활양식의 이행 정도가 높음을 의미한다.

2) 자기 효능감

자기 효능감 측정도구는 Sherer와 Maddux(1982) 등에 의해 개발된 자기 효능감 척도 (Self- Efficacy Scale) 중 일반적 자기효능감(General Self- Efficacy) 척도를 오현수(1997)가 5점 척도로 번안한 것을 사용하였다. 점수는 각 문항 점수의 합을 문항수로 나눈 평점으로 점수가 높을수록 자기-효능감이 높음을 의미한다.

도구 개발 당시 일반적 자기효능감에 대한 신뢰도는 Cronbach's α 가 .86이었고 청소년을 대상으로 한 자기 효능감 척도를 사용한 다른 연구에서는 .83 - .86으로 보고되었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 .86 이었다.

3) 내적 건강통제위

내적 통제위 측정도구는 Wallston 등 (1978)에 의해 개발된 18문항 건강통제위 측정도구 중 내적 통제위를 나타내는 6문항으로 구성되며 '항상 그렇다'(4점)에서 '거의 그렇지 않다'(1점)까지 4점 척도이며 점수가 높을수록 내적 건강통제위가 높은 것으로 해석하였다. 도구의 신뢰도는 Wallston 등 (1978)은 Cronbach's α 를 .77을 보고하였으며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 .82 였다.

4) 지각된 건강상태

지각된 건강상태의 측정도구는 Ware(1976)가 개발한 주관적인 건강상태로서 현재의 건강을 자가 평가하는 문항이다.

Ware 등 (1978)은 일반 건강인식에 대한 39편의 연구를 검토한 후 "현재 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까"라고 묻는 1문항으로 된 이 도구가 반복

가능하며 건강상태에 대한 다른 측정과의 연관성에서 신뢰성이 있다고 결론 지었다. 이것은 '매우 건강하지 못하다'에 1점, '건강하지 않는 편이다'에 2점, '보통이다'에 3점, '건강한 편이다'에 4점, '매우 건강하다'에 5점을 배점하여 5점 척도로 구성되어 있다.

5) 사회적 지지

Cohen과 Hoberman(1983)에 의해 개발된 대인관계 지지척도(ISEL)를 기초로 서문자(1989)가 번안한 18문항을 고등학생에게 맞게 17문항으로 수정하여 사용하였다. 4점 척도로 측정하였고 점수는 각 문항 점수의 합을 문항수로 나눈 평점으로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .89로 나타났다.

4. 자료분석 방법

자료처리를 위해서는 SAS프로그램을 사용하였고 구체적으로 자료의 분석방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 인구학적 특성은 서술통계방법을 이용하였다.

2) 대상자의 조정요인에 따른 인지-지각적 요인 및 건강증진 생활양식과의 차이는 t-test와 ANOVA 및 사후 검증으로는 Tukey를 사용하였다.

3) 대상자의 건강증진생활양식과 제 요인간의 상관관계를 보기 위해 Pearson's Correlation Coefficient를 산출하였다.

4) 대상자의 건강증진 생활양식에 대한 주요 요인의 설명력을 파악하기 위해 단계적 회귀분석방법(Stepwise Multiple Regression)을 이용하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 조정요인 특성

대상자의 조정요인 특성은 <표 1>과 같다. 본 연구의 대상자는 고등학교 2학년 여학생으로 인문계가 61.2%, 실업계가 38.8%였다.

형제순위는 장녀가 40.4%로 가장 많았으며 가정의 한달 수입은 100만원-200만원이이하가 46.7%로 가장

〈표 1〉 대상자의 조정요인 특성

(n=255)

| 조정요인 | 특성 | 구분 | 실수(백분율) |
|------------|-----------|-------------|-----------|
| 인구학적 특성 | 학교 | 인문계 | 156(61.2) |
| | | 실업계 | 88(38.8) |
| | 형제순위 | 장녀 | 102(40.4) |
| | | 외동딸 | 15(5.8) |
| | | 막내 | 87(34.1) |
| | | 기타 | 51(20.0) |
| | | | |
| | 가정의 한달수입 | 100만원 미만 | 60(23.5) |
| | | 100-200만원미만 | 119(46.7) |
| | | 200-300만원이상 | 76(28.8) |
| | 한달용돈 | 5만원 미만 | 194(76.1) |
| | | 5만원-15만원 | 61(23.9) |
| | | 15만원-30만원 | |
| | | 30만원이상 | |
| | 아버지교육정도 | 초등학교졸 | 39(15.3) |
| | | 중학교졸 | 66(25.9) |
| 고등학교졸 | | 99(38.8) | |
| 대졸이상 | | 51(20.0) | |
| 어머니 | 초등학교졸 | 51(20.0) | |
| | 중학교졸 | 86(33.7) | |
| | 고등학교졸 | 95(37.3) | |
| | 대졸이상 | 23(9.0) | |
| 상황적 요인 | 학교성적 | 상 | 30(11.8) |
| | | 중 | 161(63.1) |
| | | 하 | 64(25.1) |
| | 학교에 있는 시간 | 9시간 미만 | 76(29.9) |
| | | 9시간-13시간미만 | 75(29.4) |
| | | 13시간이상 | 104(40.8) |
| | 수면시간 | 5시간30분이하 | 62(24.3) |
| | | 6시간-6시간30분 | 91(35.7) |
| | | 7시간이상 | 102(40.0) |
| 대인관계 요인 | 사회적지지 | 상 | 87(34.1) |
| | | 중 | 99(38.8) |
| | | 하 | 69(27.1) |

많았으며 대상자의 한달 용돈은 5만원 미만이 76.1%를 나타냈다.

부모의 교육수준은 고졸이 가장 많았으며, 학교성적은 상 11.8%, 중 63.1%, 하 25.1%의 분포를 보였고 거주형태는 자택에서 생활하는 학생이 97.6%로 가

장 많았다.

학교에서 생활하는 시간은 9시간 미만이 29.8%, 9시간-13시간 미만 29.4%, 13시간 이상 40.8%의 분포를 보였고, 수면시간은 5시간 30분이하 24.3%, 6시간-6시간 30분 35.7%, 7시간 이상이 40.0%의 순

〈표 2〉 대상자의 조정요인 특성

(n=255)

| 구분 | 문항수 | 평균평점 | 표준편차 |
|-----------|-----|------|------|
| 건강에 대한 책임 | 7 | 1.50 | ±.43 |
| 자아실현 | 4 | 2.80 | ±.59 |
| 대인관계 | 6 | 2.80 | ±.46 |
| 운동 | 3 | 2.40 | ±.63 |
| 영양 | 4 | 2.67 | ±.62 |
| 스트레스 관리 | 3 | 2.39 | ±.57 |
| 건강증진생활양식 | 27 | 2.34 | ±.34 |

으로 나타났다.

2. 대상자의 건강증진생활양식

본 연구 대상자의 건강증진 생활양식을 측정된 결과는 〈표 2〉와 같다. 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리 등을 종합한 건강증진 생활양식의 평균평점은 2.34점이었으며, 각 영역별로는 자아실현(2.80), 지지적 대인관계(2.80), 운동(2.71), 영양(2.67), 스트레스 관리(2.39), 건강에 대한 책임(1.50) 등의 순으로 나타났다.

3. 대상자의 조정요인에 따른 건강증진 생활양식의 차이

대상자의 조정요인은 Pender가 제시한 인구사회학적 특성 중 성별, 계열별, 경제상태, 부모의 교육 수준과 상황적 요인중 성적, 학교에 있는 시간, 수면 시간 등의 변수와 대인관계 요인으로 사회적 지지를 선택하여 건강증진 생활양식 수행과의 관계를 분석하였다.

대상자의 조정요인에 따른 건강증진생활양식 수행 정도의 평균의 차이검증을 위해 ANOVA를 사후검증으로 Tukey test한 결과는 〈표 3〉와 같다.

건강증진 생활양식에 통계적으로 유의한 차이를 보인 조정요인으로는 형제순위, 아버지학력, 어머니학력, 학교성적, 수면시간, 사회적지지였다.

사후검증결과 형제순위에서는 장녀군(2.43)이 외동딸(2.15)이나 막내군(2.28)보다, 아버지학력에서는 대

졸이상군(2.50)이 중졸군(2.28), 고졸군(2.31)보다, 어머니학력에서는 고졸군(2.42), 대졸군(2.44)이 초등학교졸군(2.22)보다, 학교성적에서는 상군(2.47)이하군(2.29)보다, 수면시간에서는 5시간30분이하군(2.47)이 6시간 30분이하군(2.33)과 7시간이상군(2.28)보다, 사회적지지에서는 상군(2.20)이 중군(2.41), 하군(2.54)보다 중군(2.41)이 하군(2.54)보다 건강증진 생활양식 수행정도가 높은 것으로 나타났다.

4. 대상자의 인지각요인에 따른 건강증진 생활양식 수행과의 관계

대상자의 건강증진생활양식 수행도와 인지각요인인 자기효능감, 지각된 건강상태, 내적통제위와의 상관관계를 파악하기 위하여 피어슨 상관계수(Pearson's correlation coefficient)로 산출한 결과는 〈표 4〉에서 제시된 바와 같다.

자기효능감($r = .5173, P = .001$), 지각된 건강상태($r = .254, P = .001$), 내적 통제위($r = .321, P = .001$)는 건강증진생활양식과 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

5. 대상자의 건강증진생활양식에 영향을 미치는 관련요인 분석

건강증진 생활양식 수행에 대한 설명력 정도를 예측하기 위해 단계적 중회귀분석(Stepwise Multiple Regression)을 사용하였다.

〈표 3〉 대상자의 조정요인에 따른 건강증진 생활양식 수행정도

| | | | | (n=255) | | | |
|-------------|-----------------|--------------|------|---------|--------|-------|-------|
| 조정요인 | 특 성 | 구 분 | M | SD | t or F | p | Tukey |
| 인구학적 특성 | 학교 | 인 문 계 | 2.37 | .32 | 1.59 | .20 | |
| | | 실 업 계 | 2.31 | .36 | | | |
| | 한달용돈 | 5만원미만 | 2.36 | .33 | 1.93 | .16 | |
| | | 5만원이상 | 2.29 | .36 | | | |
| | 가정수입 | ① 100만원미만 | 2.31 | .28 | 0.39 | .67 | |
| | | ② 200만원미만 | 2.36 | .36 | | | |
| | | ③ 300만원이상 | 2.35 | .33 | | | |
| | 형제순위 | ① 장 녀 | 2.43 | .34 | 5.42 | .001 | ①>②,③ |
| | | ② 외동딸 | 2.15 | .34 | | | |
| | | ③ 막 내 | 2.28 | .33 | | | |
| | | ④ 기 타 | 2.33 | .28 | | | |
| | 아버지 교육정도 | ① 초등학교졸 | 2.34 | .26 | 5.15 | .001 | |
| ② 중학교 졸 | | 2.28 | .36 | | | | |
| ③ 고등학교졸 | | 2.31 | .34 | | | | |
| ④ 대졸이상 | | 2.50 | .29 | ④>②,③ | | | |
| 어머니 교육정도 | ① 초등학교졸 | 2.22 | .29 | 4.86 | .002 | ①<③,④ | |
| | ② 중학교졸 | 2.31 | .37 | | | | |
| | ③ 고등학교졸 | 2.42 | .32 | | | | |
| | ④ 대졸이상 | 2.44 | .26 | | | | |
| 상황적 요인 | 학교 성적 | ① 상 | 2.47 | .34 | 3.30 | .051 | ① >③ |
| | | ② 중 | 2.34 | .33 | | | |
| | | ③ 하 | 2.29 | .35 | | | |
| | 학교에 있는 시간 | ① 9시간미만 | 2.30 | .35 | 1.22 | .29 | |
| | | ② 8시간-13시간미만 | 1.22 | .33 | | | |
| | | ③ 13시간이상 | 2.36 | .33 | | | |
| | 수면시간 | ① 5시간 30분이하 | 2.47 | .33 | 6.89 | .001 | ①>②,③ |
| | | ② 6시간30분이하 | 2.33 | .31 | | | |
| | | ③ 7시간이상 | 2.28 | .34 | | | |
| 대인관계 요인 | 사회적 지지 | ① 상 | 2.47 | .37 | 18.48 | .0001 | ①>②,③ |
| | | ② 중 | 2.36 | .28 | | | |
| | | ③ 하 | 2.17 | .28 | | | |

〈표 4〉 대상자의 인지지각요인과 건강증진 생활양식과의 관계

| | 자기효능감 | 지각된 건강상태 | 내적 통제위 |
|----------|------------|------------|------------|
| 지각된 건강상태 | 0.22967*** | | |
| 내적통제위 | 0.19727*** | 0.07970*** | |
| 건강증진행위 | 0.51736*** | 0.25461*** | 0.32129*** |

P<.001

〈표 5〉 대상자의 건강증진생활양식에 영향을 주는 관련요인의 다중회귀분석

| 요인 | R ² change | R ² | β | B | T | P |
|----------|-----------------------|----------------|---------|--------|--------|-------|
| 자기 효능감 | .3228 | .3228 | .4773 | .2789 | 9.234 | .0001 |
| 내적 건강통제위 | .0558 | .3789 | .2303 | .1672 | 4.576 | .0001 |
| 어머니 학력 | .0189 | .3975 | .1646 | .0612 | 3.128 | .0054 |
| 수면시간 | .0075 | .4050 | -.1335 | -.0568 | -2.408 | .0776 |
| 학교 계열 | .0082 | .4131 | .1092 | .0749 | 1.864 | .0635 |

각 단계별로 전체 건강증진 생활양식에 대한 요인들의 기여도를 구한 결과는 〈표 5〉와 같다.

건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인들을 파악하기 위한 다중회귀분석결과, 자기효능감, 내적통제위, 어머니 학력, 수면시간, 학교계열이 건강증진 생활양식의 수행정도를 설명하는 요인으로 나타났다. 이 중 인지적 각요인의 자기효능감이 가장 영향력이 큰 요인으로서 32.28%의 설명력을 나타냈으며 위의 다섯 가지 요인을 모두 포함했을 때 41.31%의 설명력을 나타냈다.

V. 논 의

본 장에서는 연구의 결과를 중심으로 건강증진 생활양식과 관련된 요인에 대해 논의해 보면 다음과 같다.

1. 고등학생의 건강증진 생활양식

본 연구에서 여고생들의 건강증진 생활양식 수행정도는 평균평점 2.34점으로 낮은 수준이라고 볼 수 있다. 각 영역별 평균평점은 건강에 대한 책임영역이 1.50점으로 가장 낮았으며 그 다음은 스트레스 관리 영역 2.39점, 운동 영역 2.40점, 영양 영역 2.67점 순 이었고, 가장 높은 영역은 자아실현 영역과 지지적 대인관계 영역으로 평균평점 2.80점으로 나타났다.

이와 같은 결과는 김일녀(1996)의 청소년을 대상으로 한 연구에서도 건강증진 생활양식의 평균 평점은 2.20점으로 나타났고, 하부 영역에서는 자아실현 영역이 가장 높은 수행정도를 나타냈으며, 대학생을 대상으로 한 박미영(1993)의 연구결과에도 건강증진 생활

양식 수행정도는 평균 3.33점으로 고등학생들보다 건강증진 생활양식의 수행정도가 높았으나 하부 영역에서는 대인관계 영역과 자아실현 영역이 높은 수행정도를 나타냈으며 건강에 대한 책임 영역이 가장 낮은 수준을 나타내 본 연구 결과와 유사하다. Speake 등(1989)이 노인을 대상으로 한 연구, Walker 등(1988)이 청년층, 중년층, 노년층의 연령별로 한 연구에서 대체로 자아실현, 지지적 대인관계, 영양은 높은 편에 속했고 스트레스 관리, 운동, 건강책임감은 낮은 것으로 나타났으나, 본 연구에서 건강책임 영역이 지나치게 낮은 실행정도(1.53점)를 보인 것은 질병 예방 및 건강보호 행위를 측정하기 위한 선행 연구(최부옥, 1984; Harris & Guten, 1979)에서 건강전문가와 상담한다는 항목이 가장 낮은 실행정도를 보인 것과 맥락을 같이하고, 여고생들을 위한 보건 교육 프로그램이나 건강상담이 활발하게 이루어지지 않음을 시사하고 있다. 또한 대부분의 시간을 학교에서 보내고 스트레스가 많은 입시위주의 교육으로 시간적 제약을 많이 받고 있는 고등학생들의 상황을 반영하는 것이라 사료된다.

Pender 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 척도(HPLP)를 이용한 건강증진 생활양식에 관한 선행 연구와 비교해 보면 Duffy(1988)의 35-65세 여성을 대상으로 한 평균 3.31점 결과와 Weitzel(1989)이 근로자 대상의 연구결과 2.57점, 이태화(1990)의 성인을 대상으로 한 연구에서 2.69점, 김효정(1996)의 노인들을 대상으로 한 연구결과 2.89점보다 낮은 점수를 나타냈다. 이것은 Duffy(1988)의 연구에서 인구학적 특성 중 연령이 높을수록 건강증진 생활양식 수행 점수가 높게 나타난다고 한 연구결과와 같다.

즉 가장 건강한 생활 양식을 유지하고 생명력이 넘쳐야 하는 여고생들이 다른 연령 대상자 보다 건강증진 생활 양식 이행 정도가 낮게 나타났으므로 이는 우리나라의 고등학교 교육이 학업위주의 입시교육, 대학입시 경쟁 등으로 인하여 건강의 가치를 망각하거나 중시하지 않는 경향이 있음을 지적한 것(하양숙, 1990)과 청소년층이 가장 최적의 건강을 유지하는 연령층이라는 전통적인 인식이 위협받고 있다는 연구결과(Millstein et al., 1992)와 일치한다.

결론적으로 고등학생들에게 건강증진을 제공하려는 간호사는 자신의 건강에 대한 책임을 느끼고 건강의 가치를 인식하여 스스로 스트레스를 관리하는 생활양식을 형성해 나갈 수 있도록 보건 교육을 통한 간호중재가 필요하리라 사료된다.

2. 고등학생의 건강증진 생활양식과 관련 요인

1) 여고생의 조정요인에 따른 건강증진 생활양식

본 연구에서 건강증진 생활양식 수행에 유의한 차이를 보인 조정요인은 성별, 가정수입과 부모의 교육수준, 학교성적, 수면시간, 사회적 지지에 따라 유의한 차이가 있었다.

즉, 가정수입이 많을수록, 부모의 교육수준이 높을수록, 학교성적이 좋을수록, 수면시간이 적을수록, 사회적 지지를 많이 받을 수록 건강증진 생활양식 수행정도가 높았다. 또한 성별에 따른 차이를 볼 때 고등학생을 대상으로 한 홍외현(1998)의 연구에서는 남학생이 여학생보다 건강증진 생활양식을 더 많이 수행한다라는 연구결과가 있으며, 이와는 상반되게 여학생이 남학생보다 통계적으로 유의하게 건강행위를 많이 한다는 김학순의 연구결과와, 중·고등학생을 대상으로 한 김일녀(1996)의 연구와 대학생들을 대상으로 한 김현리 등(1996)의 연구에서는 성별에 따른 차이를 보이지 않은 결과 등 다양한 결과를 나타내고 있다.

이러한 연구결과들의 불일치는 인구학적 변수가 일반적으로 건강증진 생활양식의 수행과의 관계에서 지속적인 일관성을 보이지 않는다는 Kasl(1974)의 주장과 일치하였다. 교육, 수입, 직업과 같은 사회경제적 요소와 건강증진 생활양식의 수행과는 선행연구에서 유의한 관계가 보고되어 왔다(Brown et al., 1983;

Duffy, 1988; Krick & Sobal, 1990; Pender, 1987; Riffle et al., 1989; Rokowsk, 1987).

사회적 지지는 건강증진 생활양식 수행에 매우 유의한 요인으로 나타났는데 Kaplan(1977)은 이웃과 고립된 사람들이나 가족, 단체, 친구 등 친밀한 사회집단이 없는 사람들의 질병 발생빈도가 친밀한 사회집단을 가지고 있는 사람들보다 더 높다고 보고하였고, 긍정적인 건강실천을 위한 가장 유의한 지표로서 사회적 지지가 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 준다는 연구결과(Hubbard et al., 1984; Pugliesi, 1988; Yarcheski & Mahon, 1989)와 일치했다. 사회적 지지는 건강과 관련된 많은 논문에서 건강증진 생활양식에 참여하려는 개인의 경향에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Pender, 1996).

결론적으로 건강증진 생활양식 수행은 조정요인 중 인구 사회학적특성과 학교 생활에 따른 상황적 요인, 대인관계 요인인 사회적 지지에 따라 유의한 차이가 있었으므로 건강증진 생활양식 수행에 대한 인간 상호간의 영향 중 일차적인 원천인 가족과 사회의 지지적인 환경조성과, 학교생활에서 건강관리 프로그램이 계획되어야 할 것으로 사료된다.

2) 고등학생의 건강증진 생활양식과 인지 지각요인과의 관계

본 연구에서 대상자의 자기효능감, 자아존중감, 지각된 건강상태, 내적통제위와 건강증진 생활양식 수행정도와는 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

Strecher 등(1986)은 건강행위(금연, 체중조절, 알코올 중독, 운동)에 자기효능감을 적용한 선행 논문 21편에 대한 분석에서 자기효능감은 건강행위의 변화와 유지에 일관성 있게 순상관 관계가 있으며, 효능개념을 건강관련 행위에 적용한 연구 논문 39편을 분석한 구미옥 등(1994)의 연구에서도 자기효능감은 건강신념모형, 건강증진 모형, 논리적 행위이론변수와 함께 적용되어 행위의 설명력을 증가시킨 것으로 보고되었다.

Bandura(1977)는 자기효능감이 행위의 선택, 행위의 지속, 사고유형과 정서반응에 영향을 미친다 하였으며 자기효능의 증진 방법으로 성취경험, 대리경험, 언어적 설득, 부정적 정서반응 감소를 제시하였다.

자아존중감과 건강의 관계를 살펴보면, 자아존중감이 높은 사람일수록, 건강에 대해 보다 많은 관심을 갖고, 이러한 관심은 바람직한 건강행위를 실천하기 위해 더욱 긍정적인 태도로 표현됨을 알 수 있다.

Tax(1988)는 사춘기 소녀들을 대상으로 흡연행위에 관한 연구에서 흡연자가 비흡연자보다 자아존중감이 높다고 보고하였으며, Wells와 Marwell(1976)은 자아존중감의 개념분석을 통해서 자아존중감과 건강행위 사이의 긍정적 관계를 제시하였다. 자아존중감과 건강행위는 청소년에서 긍정적으로 상관관계가 있어왔다. 청소년을 대상으로 Yarcheski와 Mahon(1989)의 건강보호 행위 연구 결과에서 자아존중감과 사회적 지지가 긍정적 건강행위에 유의한 상관관계가 있다고 보고하였다. 청소년을 대상으로 한 박인숙 등(1997)의 연구에서 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 자아존중감으로서 건강증진 생활양식 수행에 25% 설명하였고, 소희영 등(1997)의 연구 결과에서 고등학생의 건강행위 결정 요인으로 자존감이 나타났다.

따라서 고등학생들의 높은 자아존중감은 건강증진 생활양식수행에 긍정적인 관계가 있다는 것을 알 수 있다.

지각된 건강상태와 건강증진 생활양식과의 사이에도 역시 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구에 의해서도 지지되고 있다(Duffy, 1988; Weitzel, 1989; 이태화, 1990; Pender et al., 1990; 박미영, 1993). Dishman 등(1985)은 지각된 건강상태가 신체훈련 프로그램 참여와 관련이 있음을 보고하였고, Weitzel(1989)은 근로자를 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태가 건강증진 생활양식에 영향 요인임을 보고하였다.

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로서 내적 건강통제위를 갖는 사람들이 외적 건강 통제위를 가진 사람보다 건강증진 생활양식에 참여할 가능성이 높다는 결과는 여러 선행연구에 의해 나타나고 있다.

Duffy(1988)와 김일녀(1996)의 연구에서 내적 건강통제위는 건강증진 생활양식의 유의한 영향 요인으로 보고되었으며, Hallal(1982)의 연구에서도 내적 건강통제위를 가진 대상자들이 유방암 예방을 위해 유방 자가검진을 받는 횟수가 더 많았고, Williams(1973)의 연구에서는 내적 건강통제위를 가진 사람들이 안전벨트를

더 많이 착용하고, 담배를 피우지 않으며, 치료적 약물을 규칙적으로 복용한다는 연구결과가 나타났다.

결론적으로 청소년기에 속하는 여고생들은 내적 건강통제위 특성이 높으므로 건강증진 생활양식을 스스로 할 수 있도록 지지해 줘야 한다. 그러므로 간호사는 청소년들이 자신의 건강에 대한 책임감과 중요성을 인식하여 스스로 건강증진 생활양식을 수행하도록 지지하고 자신의 건강은 자신에게 책임이 있다는 내적 건강통제위를 높여주는 것이 보건교육의 효과를 높여주는 중요한 방안이라 사료된다.

3. 고등학생의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 고등학생의 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 요인은 자기효능감이 가장 큰 영향력이 큰 요인으로 32.28%의 설명력을 나타냈으며 내적 건강통제위가 5.5%의 설명력을 나타내었고 어머니의 교육수준, 수면시간, 학교계열별특 등을 모두 포함하여 41.31%의 설명력을 나타내었다.

건강증진 생활양식에 대한 자기효능의 영향은 일관성 있는 주요한 영향요인으로 보고되어 온 선행연구들과 일치하였으며(서연옥, 1994; 오복자, 1994; Desmond et al., 1993; Fehir, 1989; Pender et al., 1990)자기효능이 인간행동의 변화에 대한 주요 결정인자로서 행위변화에 유의한 영향력을 미침을 확인하였다. 본 연구 결과에서도 자기효능감이 건강증진 생활양식의 가장 중요한 영향요인으로 확인되었으므로, Pender(1996)의 개정된 건강증진 모델에서 자기효능감은 건강증진 생활양식을 예측하는 가장 강력한 변수라는 설명을 지지하고 있다.

청소년기에 속하는 고등학생은 자기효능감이 고취되는 시기로서 독립적으로 모든 행동을 시작하려는 때임은 물론이고 건강에 있어서도 책임감을 가지고 건강행위를 선택하려는 시기이므로(Millstein, 1993), 자기효능감을 높여주는 중재가 요구되어 짐이 시사되고 있다.

다음으로 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인은 내적 건강통제위가 5.5%의 설명력을 보였다.

내적 건강통제위인 사람들은 건강행위와 관련이 있었고(Naditch, 1975; Jordan-Marsh & Neutra, 1985).

적극적으로 정보행위를 하며(Strain, 1991), 치료상황도 스스로 선택하는 경향을 보였다(Littlefield & Adams, 1987). 표지숙(1991)의 결과에서 노인들은 타인의존 건강통제위가 건강증진 생활양식 수행에 가장 큰 상관 관계가 있는 것으로 나타난 반면, 대학생을 대상으로 한 박미영(1993), 중학생을 대상으로 한 최정숙(1987), 청소년을 대상으로 한 김일녀(1996)의 결과에서는 내적 통제위 특성이 클수록 건강증진 생활양식을 잘 수행한다고 한 보고하였다. 고등학생을 대상으로 한 본 연구에서도 내적 통제위는 건강증진 생활양식에 3.1%를 설명하는 요인으로 나타났으므로, 고등학생들이 자신의 건강에 대한 책임감을 느끼고 스스로 건강증진 생활양식을 수행하도록 지지하는 것이 우선적인 과제가 된다고 본다.

일반적으로 교육정도는 건강증진 생활양식에 필요한 인식과 실천에 관련된다고 보고되어 왔는데(이영희, 1988; Duffy, 1988; Speake et al., 1989), 본 연구에서도 어머니 학력이 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 관련 요인으로 나타난 결과는 교육정도가 건강정보를 습득하는 기반이 되고, 특히 가족 상호관계 중 어머니의 교육수준이 자녀들의 건강증진 생활양식에도 중요한 영향 요인임을 알 수 있었다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 고등학생의 건강증진 생활양식 수행정도를 파악하고 이와 관련된 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

연구대상은 대구시 소재 5개 고등학교 2학년에 재학 중인 여고생 255명이었다.

자료수집은 1998년 8월 24일부터 1998년 9월 4일 사이에 본 연구자가 직접 학교를 방문, 자가보고형 설문지를 통해 작성하도록 하였다.

연구도구로는 건강증진 생활양식의 경우 Pender 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(HPLP)를 김일녀(1996)가 청소년에게 적합하게 수정보완한 도구를 사용하였고, 자기 효능감을 측정하기 위해 Sherer와 Maddux(1982) 등에 의해 개발된 자기 효능감 척도 (Self- Efficacy Scale)를 오현수(1993)가 번안한 것을 사용하였다. 내적 건강 통제위는 Wallston

등(1978)에 의해 개발된 건강 통제위 측정도구를 사용하였고, 여고생들의 지각된 건강상태를 측정하기 위해 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale을 사용하였다. 사회적지지 정도를 측정하기 위해 Cohen과 Hoberman(1983)에 의해 개발된 대인관계 지지척도(ISEL)를 기초로 서문자(1989)가 번안한 18문항을 고등학생에게 맞게 17문항으로 수정하여 사용하였다.

자료 분석은 SAS 통계 프로그램을 이용하였으며 연구 목적에 따라 서술통계방법, t-test와 ANOVA, Tukey 검정, Pearson's Correlation Coefficient, 단계적 회귀분석방법(Stepwise Multiple Regression)을 이용하였다.

그 결과 얻어진 결론은 다음과 같다.

1) 본 연구 대상자의 건강증진 생활양식은 평균평점 2.34점이었고, 범위는 최고 3.52점, 최저 1.35점이었다. 가장 많이 실행을 한 영역은 자아실현(2.80)과 지적 대인관계(2.80) 영역이었고, 가장 실행을 적게 한 영역은 건강에 대한 책임(1.50)영역이었다.

2) 건강증진 생활양식 수행과 관련된 제 요인을 분석한 결과는 다음과 같다.

① 건강증진 생활양식 관련 조정요인에 따른 건강증진 생활양식 수행정도를 분석한 결과, 부모의 교육정도에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 유의한 차이가 있었으며, 아버지의 교육정도가 대졸이상군에서 제일 높았고, 어머니 교육정도에 따라서는 고졸군과 대졸이상군이 초등학교졸군보다 건강증진 생활양식 수행정도가 높았다. 학교성적에서는 상군이 하군보다 건강증진 생활양식 수행정도가 높았으며, 수면시간에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 5시간 30분이하 군에서 제일 높았고, 사회적 지지에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 사회적 지지를 가장 많이 받은 상군에서 제일 높았다.

② 인지지가 요인인 자기효능감($r=.5173, P=.001$), 지각된 건강상태($r=.254, P=.001$), 내적 건강통제위($r=.321, P=.001$)와 건강증진 생활양식은 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

3) 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 주요 요인

을 분석한 결과 자기효능감이 32.28%의 설명력을 가졌고 그 다음은 내적 건강통제위, 어머니 교육수준, 수면시간, 학교계열별 특성 순으로 9.03%가 추가되어 총 41.31%의 설명력을 나타내었다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 건강증진 생활양식의 영향 요인으로 나타난 인지 지각요인과 조정요인 외에 행동의 계기 변수를 포함한 연구가 필요하다.
2. 여고생들의 건강증진 생활양식 하위영역에서 건강에 대한 책임영역이 매우 저조하므로, 이에 대한 인식을 향상시키기 위한 중재 연구가 필요하다.

참고문헌

- 구미옥, 유재순, 권인각, 김혜원, 및 이은옥(1994). 자기효능 이론이 적용된 건강행위 관련 연구 분석. *대한간호학회지*, 24(2), 278-302.
- 김광일, 원호택, 김이영(1983). 고등학교 재학생의 정신건강실태연구(I) : 개인 집중 조사에 의한 소견. *정신건강연구*. 제1집, 1-40. *한양대학교 정신건강연구소*.
- 김일녀(1996). 청소년들의 건강통제위와 건강증진 생활양식에 관한 연구. *이화여자대학교 대학원 석사학위 논문*.
- 김현리, 민현옥(1996). *한국보전 간호학회지*, 9(2), 80-91.
- 박미영(1993). 대학생의 건강증진생활양식과 관련요인연구. *서울대학교 보건대학원 석사학위 논문*.
- 박인숙, 주현옥, 이화자(1997). 청소년의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. *아동간호학회지*, 3(2), 154-162.
- 서연옥(1994). 중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형. *경희대학교 대학원 박사학위논문*.
- 오복자(1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. *서울대학교 박사학위 논문*.
- 오현수(1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. *대한간호학회지*, 25(4), 617-629.
- 이미라(1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. *간호학회지*, 27(1), 156-168.
- 이영휘(1984). 본태성고혈압환자의 건강지식 및 건강통제위성격과 치료이행과의 관계연구. *연세대학교 대학원 석사학위논문*.
- 이영휘(1988). 충남 일부주민의 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계연구. *대한 간호학회지*, 18(2), 118-125.
- 이태화(1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. *연세대학교 대학원 석사학위논문*.
- 최정숙(1987). 중학교 여학생들의 건강행위에 영향을 미치는 변인분석. *대한간호*, 26(1), 63-71.
- 표지숙(1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. *연세대학교 대학원 석사학위논문*.
- Bandura A.(1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliff, NJ : Prentice-hall.
- Bestard S. & Courtenay M.(1990). Focusing on Wellness. *Canadian Nurse*, 86(12), 24-25.
- Brown, J.S. & McCreedy, M.(1983). The hale elderly: Health behavior and its correlates. *Research in Nursing & Health*, 9, 317-329.
- Brubaker, B.H.(1983). Health Promotion : a Linguistic Analysis. *Advances in Nursing science*, April, 1-13.
- Cohen, S. & Hoberman, H.(1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Desmond, A.W. Conrad, K.M., Montgomery, A. & Simon, K.A.(1993). Factors associated with male workré's engagement in physical activity. *AAOHN*, 41(2), 73-83.
- Duffy, M. E.(1988). Determinant of health promotion in midwife women. *Nursing Research*, 37(6), 358-362.
- Duffy M. E.(1993). determinants of health-promoting lifestyle in oider adults. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 25(1), 23-29.

- Fehir, J.S.(1988). Self-rated health status, self efficacy motivation and selected demographics as determinants of health-promoting life style. Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- Gillis, A.J.(1995). Determinants of a health-promoting lifestyle in Adolescent Females. Canadian Journal of Nursing Research, 26(2), 13-28.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F., & Brown, N.(1984). the Relationship Between Social Support & Self-Care Practices. Nursing Research, 33.266-270.
- Hallal, JC(1982). The relationship of health health beliefs, health locus of control, and self-concept to the practice of breast self-examination in adult women, Nursing Research, 31, 137-142.
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., & Hayduk, L.A.(1993). An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. Nursing Research, 42(3), 132-138.
- Jordan-March, M., & Neutra, R.(1985). Relationship locus of control to lifestyle change program. Research in Nursing and Health, 8, 3-11.
- Kaplan B.H(1977). Social Support and Social Health. Social Support: Theory, Research and Applications, 95-110.
- Kaplan B.H, Cassel JC, Gore S(1977). Social support and health, Med Care 15(5,suppl), 47-57.
- Kaplan, G.D, and Cowles, A(1978), Health Locus of Control and Health Value in the Prediction of Smoking Education, Health Education Monograph, 6(2), 129-137.
- Kasl, S.V.(1974). The Health belief model & behavior related to chronic illness, in Becker, M.H.(ed.) The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Charles, B. Slack Inc.
- Krick, J. & Sobal, J.(1990). Relationship between protective behaviors. Journal of Community health, 15, 19-34.
- Littlefield, V. M. & Adams, B. N.(1987). Patient participation in alternative perinatal care: Impact on satisfaction and health locus of control. Research in Nursing and Health.
- Meleis AI(1989). Being and Becoming Healthy: The Core of Nursing Knowledge, Nursing Science Quarterly, 2, 107-114.
- Millstein, S. G., Irwin, C.E., Adler, N.E., Cohn, L.D., Kegeles, S.M. & Dolcini, M.M. (1992). Health-risk behavior and health concerns among young adolescents. Pediatrics, 3(4), 422-428.
- Naditch, M. P.(1975). Locus of control and drinking behavior in a sample of men in army basic training. JCCP, 4(1), 96-97.
- Norbeck, J.S., Linsey, A.M. & Carrier, L.L.(1981). The development of an instrument to measure social support. Nursing Research, 30(5), 264-269.
- Pender N.J. (1996). Health promotion in Nursing practice ed 3, Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N.J. & Pender, A. R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Pender, N.J., Walker S. N., & Sechrist K.R (1990). Predicting Health Promotion lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 39, 326-332..
- Pugliesi, K.(1988). Employment characteristics, social support and the well-being of women. Women and Health, 14(1), 35-58.
- Riffle K.L., Yoho J., Sama J.(1989). Health-Promoting behaviors, perceived social

- support, and self-reported health of appalachian elderly, public health nursing, 6(4), 204-211.
- Rokowsk, W.(1987). Persistence of personal health practices over a1-year period. Public Health Rep. 102, 483-493.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. W.(1982). The self-efficacy scale: construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Smith M.C.(1990). Nursing's unique focus on health promotion. Nursing Science Quarterly, p.105.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health Perceptions and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Strain, L. A. (1991). Use of health services in later life : the influence of health belief. J. of Gerontology, 46,(3), 143-150.
- Stretcher, V.,J., Devellis, B.M., Becker, M.H., I.M.(1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education Quarterly, 13(1), 73-91.
- Taft, C.B. (1985). Self-Esteem in Later Life. A nursing perspective. ANS, 8(1), 77-84.
- Tax HS(1988). Self-esteem, participation in extracurricular activities and cigarette smoking in adolescent females, Doctoral disertation, New york University.
- Walker, S. B., Sechrist, K. R., & Pender, D. J.(1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & Develis, R.(1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. Health Education Monographs, 6, 160-171.
- Ware, J.E.(1976). Scales for measuring general health perceptions. Health Services Research, 11, 396-415.
- Ware, J.E., Davis-Avery, A., & Donald, D.A.(1978). Conceptualization & Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Vol. V. General Health Perceptions. Santa Monica, CA . The Rand Corporation.
- Weitzel, M.H.(1989). A Test of Health Promotion Model with Blue Collar Workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.
- Well EL, Marwell G(1976). Self-esteem : It's conceptualization and measurement, Beverly Hills, CA, Sage Pub.
- Williams AF(1973), Personality and other characteristics associated with cigarette smoking among young teenagers, J Health Social Behavior, 14, 374-380.
- Yarcheski, A., Mahon, N.E.(1989). A Causal model of positive health practices : the relationship between approach and replication, Nursing Research, 38(2), 88-93.

ABSTRACT

The Determinants of Health Promoting Lifestyle in High School Students

Hong-Woi Hyun, Chung-nam Kim, Young-Sook Park (College of Nursing, Keimyung University)

This descriptive correlational study was conducted to identify the variables related to health promoting lifestyle of girls in High school students.

156 high school students and 88 vocational high school students who lives in Taegu city were selected by a convenience sampling method.

The data were collected by self-reported questionnaires from August 24 to September 4, 1998.

Pender and others' Health Promoting Lifestyle Profile, Shere et al.'s. Self-Efficacy scale, Wallston et al.'s Internal Health Locus of Control scale, Wares' Health self rating scale and Cohen & Hoberman's Social support scale were used.

The data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, t-test, MANOVA, ANOVA, Tukey verification and Stepwise multiple regression with SAS program.

The results of this study were as follows :

1. The average score of health promoting lifestyle performance was 2.34(SD=.36)points by the 4 point scale.
2. The combination of self-efficacy, internal health locus of control, mather's educational level and type of school explained 41.31% of the variance of health promoting lifestyle.
3. Health promoting lifestyle showed significant positive correlations with self efficacy($r=.5173$, $p=.001$), perceived health status($r=.254$, $p=.001$) and internal health locus of control($r=.321$, $p=.001$).

On the basis of the above findings, self-efficacy in cognitive factors, and social support in modifying factors were identified as the variables which explained the most part of the Pender's health-promotion model.

Nursing strategies enhancing self-efficacy which has the most significant effect on health promoting lifestyle should be developed.

Further research is required to find out the factors influencing health pormoting lifestyle of high school students.

Key words: Health Promoting Lifestyle, High school students